

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Firma Praxisdienst Dieckhoff & Ratschow GmbH & Co. KG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Firma Praxisdienst Dieckhoff & Ratschow GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger Id Nr.: DE74ZZZ00001152646

Vorname und Name (Kontoinhaber) Kundennummer

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC

DE | | | | |

IBAN

Datum, Ort, Unterschrift

Bitte an Zahlungsempfänger ausgefüllt zurücksenden